

Условие ситуационной задачи №37

Ситуация

Больная 60 лет обратилась к врачу-онкологу поликлиники по месту жительства.

Жалобы

на наличие образования в правой молочной железе

Анамнез заболевания

Накануне обращения к специалисту самостоятельно обнаружила уплотнение в правой молочной железе.

Анамнез жизни

- наследственность не отягощена.
- хронических заболеваний нет
- не курит, алкоголем не злоупотребляет
- профессиональных вредностей не имеет
- менопауза около 10 лет

Объективный статус

Состояние пациентки удовлетворительное. Вес 75 кг, рост 168 см. Температура тела 36,6° С. Кожные покровы и видимые слизистые нормальных окраски и влажности. Пульс симметричный, 76 уд/мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения, не напряжен. АД=110/65 мм рт. ст. Дыхание везикулярное, проводится по всем легочным полям. Живот симметричный, не вздут, мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Почки не пальпируются. Поколачивание по поясничной области безболезненно. Физиологические отправления в норме.

Status localis: Молочные железы симметричные, средних размеров (№3 по размеру бюстгалтера). Соски не втянуты, выделений из сосков нет. В правой молочной железе в верхне-наружном квадранте пальпируется опухолевидное образование 3,5х4 см, плотно-эластической консистенции, безболезненное, смещаемое по

Объективный статус

Состояние пациентки удовлетворительное. Вес 75 кг, рост 168 см. Температура тела 36,6° С. Кожные покровы и видимые слизистые нормальных окраски и влажности. Пульс симметричный, 76 уд/мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения, не напряжен. АД=110/65 мм рт. ст. Дыхание везикулярное, проводится по всем легочным полям. Живот симметричный, не вздут, мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Почки не пальпируются. Поколачивание по поясничной области безболезненно. Физиологические отправления в норме.

Status localis: Молочные железы симметричные, средних размеров (№3 по размеру бюстгалтера). Соски не втянуты, выделений из сосков нет. В правой молочной железе в верхне-наружном квадранте пальпируется опухолевидное образование 3,5х4 см, плотно-эластической консистенции, безболезненное, смещаемое по отношению к окружающим тканям. Периферические лимфатические узлы пальпаторно не увеличены.

Вопросы

1. Основным методом для постановки диагноза в данном клиническом случае является

- морфологический *Обоснование*
- ультразвуковой
- рентгенологический
- магнитно-резонансный

Результаты:

Морфологический метод:

При гистологическом исследовании диагностирован инвазивный протоковый рак молочной железы низкой степени дифференцировки G3.

По данным иммуногистохимического исследования: ER=0 баллов, PR=0 баллов, Ki67=23%, Her2/neu – отрицательный. Тройной негативный тип.



2. Необходимыми инструментальными методами обследования для постановки полного диагноза являются (выберите 5)

- рентгенологическое исследование молочных желез (маммография) [Обоснование](#)
- УЗИ молочных желез [Обоснование](#)
- цифровая Rg-графия грудной клетки [Обоснование](#)
- УЗИ органов брюшной полости и малого таза, регионарных зон лимфооттока [Обоснование](#)
- остеосцинтиграфия [Обоснование](#)
- генетическое исследование наличия мутаций в генах BRCA1/2, CHEK2

Результаты инструментальных методов обследования:

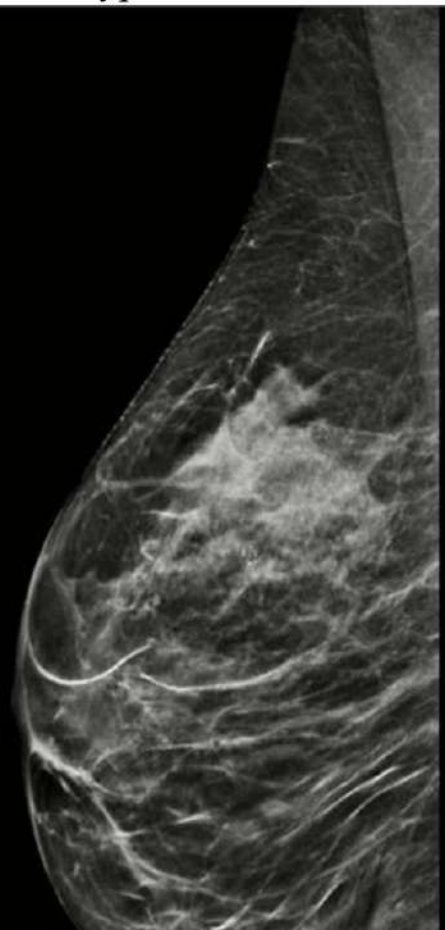
Рентгенологическое исследование молочных желез (маммография):

При маммографии в правой молочной железе в верхне-наружном квадранте определяется гиперденсный опухолевый узел с лучистыми контурами 37х35 мм

Изобр.: 1/1
Сер.: 71300000

R
MLO

C-View



определяется гиперденсный опухолевый узел с лучистыми контурами 37х35 мм



УЗИ молочных желез:

Справа в верхне-наружном квадранте определяется гипозоногенный узел без четких контуров размерами 35 x 30 мм.

Цифровая Rg-графия грудной клетки:

При цифровой R-графия грудной клетки – очаговых, вторичных изменений в легких и средостении не выявлено.

УЗИ органов брюшной полости и малого таза, регионарных зон лимфооттока:

Очаговых патологических изменений в паренхиматозных органах (в частности печени), органах малого таза не выявлено.

Остеосцинтиграфия:

Данных за наличие вторичного поражения костей скелета не получено.



3. Основным диагнозом в данной ситуации является

- Рак правой молочной железы IIA ст. cT2N0M0G3. Тройной негативный тип [Обоснование](#)
- Рак правой молочной железы IIA ст. cT2N0M0G3. Люминальный тип B, Her2/neu-негативный
- Рак правой молочной железы I ст. cT2N0M0G1
- Рак правой молочной железы III ст. cT3N0M0G1

Диагноз:

Рак правой молочной железы IIA ст. cT2N0M0G3. Тройной негативный тип.



4. Пациентка заинтересована в сохранении молочной железы. Проведен консилиум врачей с участием хирурга-онколога, химиотерапевта и радиолога. Тактика лечения пациентки на I этапе заключается в

- неoadьювантном лекарственном лечении [Обоснование](#)
- гормональной терапии антиэстрогенными препаратами (тамоксифен) или ингибиторами ароматазы (анастрозол, летрозол).
- дистанционной лучевой терапии в суммарной очаговой дозе 45-50 Гр на область молочной железы.
- хирургическом лечении в объеме лампэктомии



5. Предпочтительная схема неoadьювантного химиотерапевтического лечения пациентки включает

- доксорубицин 60 мг/м² в/в в 1-й день + циклофосфамид 600 мг/м² в/в в 1-й день x 4 цикла → доцетаксел** 75 мг/м² в/в в 1-й день 1 раз в 3 нед., 4 цикла или 12 курсов паклитаксела 80 мг/м² в еженедельном режиме [Обоснование](#)

5. Предпочтительная схема неоадьювантного химиотерапевтического лечения пациентки включает

- доксорубицин 60 мг/м² в/в в 1-й день + циклофосфамид 600 мг/м² в/в в 1-й день x 4 цикла → доцетаксел** 75 мг/м² в/в в 1-й день 1 раз в 3 нед., 4 цикла или 12 курсов паклитаксела 80 мг/м² в еженедельном режиме [Обоснование](#)
- режим FOLFOX 6 циклов: оксалиплатин 85 мг/м² 1-й день, кальция фолинат 400 мг/м² в/в в течение 2 часов с последующим болюсом фторурацила 400 мг/м² в/в струйно и 46-часовой инфузией фторурацила 2400 мг/м² (по 1200 мг/м² в сутки
- гормональную терапию: Тамоксифен 20 мг/сут. внутрь ежедневно 5 лет
- анти-HER2/neu терапию: трастузумаб 6-12 мес



6. После завершения неоадьювантного лекарственного лечения у больной по данным контрольного клинико-инструментального обследования диагностирована частичная регрессия опухолевого процесса (PR): размеры опухолевого узла уменьшились более, чем на 50%. Учитывая данную клиническую ситуацию, пациентке необходимо рекомендовать

- II этап – хирургическое лечение [Обоснование](#)
- продолжение гормональной терапии тамоксифеном
- II этап – лучевую терапию
- смену линии лекарственного лечения



7. Рекомендованным вариантом хирургического лечения для данного клинического случая является



8. Пациентке выполнена секторальная резекция правой молочной железы, в

7. Рекомендованным вариантом хирургического лечения для данного клинического случая является

- органосохраняющее лечение: резекция правой молочной железы с определением «сторожевого» лимфатического узла или онкопластическая резекция. [Обоснование](#)
- радикальная мастэктомия справа, радикальная мастэктомия слева, лимфаденэктомия правой подмышечной области (I-II уровни), определение «сторожевого» лимфатического узла слева
- радикальная резекция молочной железы слева
- радикальная расширенная мастэктомия справа



8. Пациентке выполнена секторальная резекция правой молочной железы, в краях резекции опухолевых клеток не обнаружено. Однако при выполнении биопсии сторожевого лимфатического узла при срочном цитологическом исследовании среза лимфатического узла получены клетки опухоли. Интраоперационно принято решение о

- выполнении подмышечной лимфаденэктомии (I-II уровни). [Обоснование](#)
- иммуногистохимическом исследовании полученных образцов ткани лимфоузла
- проведении интраоперационной лучевой терапии на область молочной железы
- завершении операции на данном этапе



9. При плановом гистологическом исследовании операционного материала установлены размеры опухоли 2,5x2 см, 3 степень лечебного патоморфоза, микрометастаз в одном сторожевом лимфатическом узле. На III этапе комплексного лечения в данной клинической ситуации показано



9. При плановом гистологическом исследовании операционного материала установлены размеры опухоли 2,5х2 см, 3 степень лечебного патоморфоза, микрометастаз в одном сторожевом лимфатическом узле. На III этапе комплексного лечения в данной клинической ситуации показано

- проведение лучевой терапии на резецированную молочную железу [Обоснование](#)
- назначение гормонотерапии
- проведение анти-Her2/neu-терапии
- продолжение системной химиотерапии



10. Начать лучевую терапию необходимо через

- 4-12 недель после хирургического лечения и полного заживления раны [Обоснование](#)
- сутки после выполнения хирургического лечения
- 4-6 месяцев после хирургического лечения и полного заживления раны
- 10-12 дней при первой возможности после полного заживления операционной раны, но не ранее 3 месяцев после операции



11. Неoadьювантная лекарственная терапия при операбельном раке молочной железы позволяет

- выполнить органосохраняющую операцию и улучшить косметический эффект [Обоснование](#)
- исключить возможность развития опухоли в контрлатеральной молочной железе
- уменьшить срок диспансерного наблюдения после завершения лечения
- снизить вероятность развития осложнений и побочных эффектов системной лекарственной терапии

10. Начать лучевую терапию необходимо через

- 4-12 недель после хирургического лечения и полного заживления раны
Обоснование
- сутки после выполнения хирургического лечения
- 4-6 месяцев после хирургического лечения и полного заживления раны
- 10-12 дней при первой возможности после полного заживления операционной раны, но не ранее 3 месяцев после операции



11. Неoadъювантная лекарственная терапия при операбельном раке молочной железы позволяет

- выполнить органосохраняющую операцию и улучшить косметический эффект
Обоснование
- исключить возможность развития опухоли в контрлатеральной молочной железе
- уменьшить срок диспансерного наблюдения после завершения лечения
- снизить вероятность развития осложнений и побочных эффектов системной лекарственной терапии



12. К фактору неблагоприятного прогноза рака молочной железы относят

- поражение ≥ 4 подмышечных лимфоузлов Обоснование
- отсутствие гиперэкспрессии/амплификации HER2
- малые значения индекса экспрессии Ki67
- отсутствие лимфоваскулярной инвазии при гистологическом исследовании

